|  |  |
| --- | --- |
| GraceLogo_Final-01[1].JPGgracemedicalhome.org407.936.2785 | **Aplicación - Adulto** **□ Inscripción Inicial □ Reinscripción** |

 **Sección 1: Por favor complete la siguiente información.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre legal completo:**  | **Fecha de hoy:** |
| **Dirección de domicilio:** **Calle:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Ciudad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codigo Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****¿Por cuánto tiempo ha vivido en el condado de Orange?**  |
| **Correo Electrónico (Email):** (para recordatorios de citas y temas relacionados con el cuidado de su salud): |
| **Números de teléfono:** Escoja el número al que desee que llamemos primero Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⭘ ¿Prefiere que llamemos a este primero?Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⭘ ¿Prefiere que llamemos a este primero?Trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ⭘ ¿Prefiere que llamemos a este primero? |

 **Sección 2: Perfil del Paciente**

 ***\*por favor, asegúrese de completar todas las preguntas requeridas\****

***\*Traiga esta aplicación completada a Grace Medical Home o envíe por fax al 407-936-2792\****

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sexo (requerido):** ⭘ Femenino⭘ Masculino | **Tiene número de Seguro Social?** ⭘ Sí *Si tiene, el número es requerido:* **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**⭘ No  | **Usted se considera** **(requerido):**⭘ No Hispano/Latino⭘ Hispano/Latino |
| **Estado civil (requerido):** ⭘ Soltero⭘ Casado⭘ Separado⭘ Divorciado⭘ Viudo | **Fecha de nacimiento (requerido):****¿Cómo se enteró de Grace? (requerido):** | **Raza (requerido):**⭘ Blanco⭘ Negro/Africano-Americano⭘ Asiático⭘ Nativo Hawaiano⭘ Otras islas del Pacifico⭘ Indio Americano/Nativo de Alaska⭘ Otro |
| **Idioma preferido:**⭘ Inglés⭘ Español⭘ Criollo Haitiano⭘ Otro, yo hablo…  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?** ⭘ No he completado aun la secundaria o GED ⭘ He completado la secundaria o el GED  ⭘ Tengo un Título de Asociado o más alto  (Universidad) | **¿Al momento, En dónde vive? (requerido)**⭘ Soy dueño de, o alquilo un apartamento/casa⭘ Vivo con amigos/familiares⭘ Albergue⭘ Casa de transición (hotel/motel) ⭘ Vivo en la calle, el carro, el bosque, etc.  |
| **¿Es usted veterano de guerra?**⭘ No⭘ Sí | **¿Es usted miembro de una organización religiosa?** (Por ej. iglesia, templo, etc.)⭘ No⭘ Sí, yo asisto a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  **SÓLO PARA USO OFICIAL** ⭘ Medicaid status verified  |  Account Number:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| GraceLogo_Final-01[1].JPG |  |

**Sección 3: Información del padre o tutor/guardián legal**

Si este formulario es para un niño menor de 18 años, por favor complete la siguiente información acerca del representante o guardián legal.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del padre o tutor/guardián legal  | Relación | Número de teléfono del domicilio | Es paciente de Grace? |
|  |  |  | ⭘ Sí⭘ No |
|  |  |  | ⭘ Sí⭘ No |

**Sección 4: Información del contacto de emergencia**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre del contacto de emergencia | Relación | Dirección | Teléfono  |
|  |  |  |  |

**Sección 5: Información de empleo del paciente y estatus de estudiante**

|  |  |
| --- | --- |
| **¿Está usted trabajando?:** ⭘ **Si** ⭘ **No**⭘Tiempo completo⭘Tiempo parcial⭘No, la última fecha de trabajo fue  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Dirección y número de teléfono de su empleador actual:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **¿Está usted estudiando actualmente?**⭘ Sí, a tiempo parcial⭘ Sí, a tiempo completo⭘ No | **¿A cuál escuela, colegio o universidad asiste?** |

**Sección 6: SOLO PARA USO OFICIAL**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| GraceLogo_Final-01[2].jpg |  |  | Sólo Para Uso del Médico❑Reviewed by: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Schedule with: ❑Knights ❑NP ❑Doctor ❑female |

**Fecha:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Formulario del Estado de Salud de Adulto**

**NOMBRE LEGAL: FECHA DE NACIMIENTO:**

**PROBLEMAS ACTUALES:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS/COMIDAS/OTROS AGENTES:** ○ **NINGUNA**

|  |  |
| --- | --- |
| Medicación | Reacción o efectos secundarios |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**MEDICAMENTOS ACTUALES/ VITAMINAS/ O SIN RECETA:** ○ **NINGUNO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicamento | Dosis | Frecuencia | Medicamento | Dosis | Frecuencia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

***(debe escoger en cada categoría - marque NINGUNO si no le aplica)***

**HISTORIA MÉDICA PASADA:**

***Cardiovascular***

* Desorden del ritmo del Corazón (Arritmia)
* Enfermedad Congénita del Corazón (especifique el tipo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Insuficiencia Cardiaca Congestiva
* Enfermedad de las Arterias Coronarias
* Trombosis Venosa Profunda (TVP)
* Colesterol alto (Hiperlipidemia)
* Presión Arterial Alta (Hipertensión)
* Infarto Cardíaco – Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NINGUNO

***Pulmonar***

* Asma
* EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
* Apnea del sueño
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NINGUNO

***Gastrointestinal***

* Cálculos biliares (Colelitiasis)
* Cirrosis Hepática
* Pólipos en el Colon
* Enfermedad de Crohn
* Reflujo (ERGE)
* Hepatitis: Tipo ○A ○B ○C
* Colitis Ulcerativa
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NINGUNO

***Riñón (Genitourinario)***

* Cálculos renales
* Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NINGUNO

***Enfermedades Infecciosas:***

○ Tuberculosis Pulmonar *(Test de tuberculosis positivo)* ○ Enfermedad de transmisión sexual

○ VIH – SIDA

○ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ○ NINGUNO

***Músculo-esquelético***

* Artritis Reumatoide
* Osteoartritis
* Lupus (Lupus Eritematoso Sistémico)
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NINGUNO

***Endócrino***

* Diabetes: ○ Tipo I ○ Tipo II
	+ Función de la Tiroides: ○ Alta ○ Baja
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NINGUNO

***Neurológico***

* Embolia Cerebral (Accidente Cerebro-vascular)
* Trastorno convulsivo
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NINGUNO

***Hematológico***

* Desorden de la Coagulación
* Anemia de células falciformes
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NINGUNO

***Alergias***

* Rinitis alérgica
* Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* NINGUNO

***Cáncer***

 ○ Tipo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ○ NINGUNO

 ***Salud Mental:***

 ○ Ansiedad ○ Depresión

 ○ Intento de suicidio ○ Trastorno Bipolar

 ○ Esquizofrenia

 ○ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ○ NINGUNO

***Otro tipo de Problemas Médicos /Enfermedades***:

* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Para Mujeres: Historia Ginecológica:**

# Total Embarazos: \_\_\_\_\_\_\_\_ # Abortos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Partos (nacidos vivos): \_\_\_\_\_\_\_\_ # Abortos espontáneos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ha tenido historia de:

○ Fibrosis Uterina ○ Papanicolau Anormal

○ Virus del papiloma humano (HPV) ○ Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está usted embarazada?: ○ Sí ○ No

Método actual de anticoncepción:

**HISTORIA DE ATENCIÓN A EMERGENCIAS:** ○ **NINGUNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAZÓN** | **LUGAR** | **FECHA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**HOSPITALIZACIONES (excepto cirugías):** ○ **NINGUNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RAZÓN** | **LUGAR** | **FECHA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

NOTA: Si usted ha estado en la Sala de Emergencias o ha sido hospitalizado en el año pasado, y usted tiene en su poder los documentos de alta (descargo) de esa visita, **por favor tráigalos a la primera cita.** Eso ayudará a su enfermera y doctor a entender de mejor manera que pasó durante esa visita y como darle un mejor cuidado.

**PREVIOS PROVEEDORES DE SERVICIOS MÉDICOS:**

Médico de cabecera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialistas:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Número de teléfono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS:** ○ **NINGUNA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CIRUGÍA** | **LUGAR** | **FECHA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**HISTORIA FAMILIAR:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Familiar** | **¿Vive?** | **Edad** **(o edad de muerte)** | **Lista de enfermedades importantes** |
| **Padre** | (S) (N) |  |  |
| **Madre** | (S) (N) |  |  |
| **Hermanos** | (S) (N) |  |  |
|  | (S) (N) |  |  |
| **Hermanas** | (S) (N) |  |  |
|  | (S) (N) |  |  |
| **Hijos** | (S) (N) |  |  |
|  | (S) (N) |  |  |
| **Hijas** | (S) (N) |  |  |
|  | (S) (N) |  |  |
| **Abuelo Paterno** | (S) (N) |  |  |
| **Abuela Paterna** | (S) (N) |  |  |
| **Abuelo Materno** | (S) (N) |  |  |
| **Abuela Materna** | (S) (N) |  |  |

**HISTORIA SOCIAL:**

Oficio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País de Origen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oficio Previo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: ○Soltero ○ Casado ○ Divorciado ○ Viudo Idiomas que habla usted:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
¿Sexualmente Activo? ○ Si ○ No, Si contestó “Si”: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sexualmente Activo Con: ○ Masculino ○ Femenino ○ Ambos

|  |
| --- |
| **Por favor responda a las siguientes preguntas:** (Una bebida = 1 12oz cerveza, 5oz de vino, 1 shot de licor) **¿Número de bebidas por semana?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **HOMBRES:** ¿Cuantas veces en el último año ha tomado más de 5 bebidas en una sola ocasión? ○ Nunca ○ 1 o más veces**MUJERES:** ¿Cuantas veces en el último año ha tomado más de 4 bebidas en una sola ocasión? ○ Nunca ○ 1 o más veces |
| **¿Cuantas veces en el último año ha utilizado drogas recreacionales?** ○ Nunca ○ 1 o más vecesPor favor marque cuales drogas recreacionales ha usado. Estas incluyen : Metanfetaminas(speed, crystal) / Canabis(marijuana, pot) / Tranquilizantes(valium) / Inhalantes(paint thinner, aerosol, glue) Barbitúricos / Cocaína / Éxtasis / Alucinógenos (LCD, mushrooms) / Narcóticos (heroin) / Otros:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**¿Con qué frecuencia usó medicamentos recetados por razones no médicas?** ○ 0 En el último año ○ 1+ En el último año  |
| **USO DE TABACO:** ○ Nunca he fumado1. **¿Cuál de los siguientes productos de tabaco ha utilizado durante el año pasado? Verifique todo** lo que ha usado durante el último año, incluso si solo ocasionalmente:○ Fuma cigarrillos or cigarros / ○ Fuma cigarrillos electrónicos ○ Otros productos de tabaco como mojar, masticar tabaco, pipas de agua (hookah) / ○ No he usado ninguno de estos productos en el último año (si elige esta respuesta, omita las siguientes preguntas).
2. **¿Cuantos cigarrillos fuma actualmente?**  ○ Todos los días ○ Algunos días ○ No fumo
3. **¿Durante los últimos 12 meses ha dejado de fumar cigarrillos al menos por 1 día intentando suspenderlo por completo?** ○ Si ○ No - Si contestó “Si”, como le fue:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. **¿Necesita estrategias para dejar de fumar?** ○ Si ○ No
 |
| **ACTIVIDAD FISICA:** **1) Imagine que le pidieron que haga ejercicio continuamente en una pista cubierta durante 1 milla. ¿Qué ritmo de ejercicio es el adecuado para ti? ¿Es muy fácil o es muy difícil?*** Probablemente no pueda caminar la milla completa.
* Podría caminar una milla, pero solo a un ritmo despacio (20 minutos por milla o más)
* Podría caminar una milla a un ritmo mediano (16 minutos por milla)
* Podría caminar una milla a un ritmo rápido (14 minutos por milla) o incluso correr

**2a) ¿Que tan frecuente realiza actividad física vigorosa en su tiempo libre por al menos 10 minutos?** (que le cause sudoración , aumento de la frecuencia respiratoria o aumento de la frecuencia cardiaco) Por ejemplo: trotar, aeróbicos o ciclismo rápido: \_\_\_\_\_\_ veces por semana O, \_\_\_\_\_\_\_ veces al mes **2b) ¿Cuanto tiempo dura realizando estas actividades físicas?** \_\_\_\_\_\_\_ minutos cada vez **3a) ¿Que tan frecuente realiza actividad física leve o moderada en su tiempo libre por al menos 10 minutos que le cause leve sudoración, poco a moderado aumento de la frecuencia respiratoria o cardiaca?** Por ejemplo: caminar moderado, ciclismo leve: \_\_\_\_\_\_ veces por semana O, \_\_\_\_\_\_\_ veces al mes **3b) ¿Cuanto tiempo dura realizando estas actividades físicas?** \_\_\_\_\_\_\_ minutos cada vez**4) ¿Que tan frecuente realiza actividades físicas en su tiempo libre específicamente específicamente diseñado para fortalecer sus músculos, como levantar pesas o hacer calistenia?** (Incluye todas las actividades aunque ya las haya mencionado en la preguntas anteriores). \_\_\_\_\_\_ veces por semana O, \_\_\_\_\_\_\_ veces al mes  |
| **SEGURIDAD: ¿Que tan frecuente usa su cinturón de seguridad?** ○ 100% ○ 75% ○ 50% ○ 25% ○ 0%  |

**HISTORIA SOCIAL (OTRO):**

**Para acceder a uno de los recursos de medicamentos que tenemos en Grace Medical Home, responda la siguiente pregunta** *(esta información solo será utilizada con fines de asesar recursos generales y farmacéuticos):*

**Ciudadanía: ○ EE.UU ○ Residente Legal EE.UU ○ País de Ciudadanía:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Green Card #\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIA DE CUIDADO PREVENTIVO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Fecha** | **Resultado** |
| ¿Se ha realizado usted una colonoscopia ? | Fecha del último examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_⭘ Nunca  | ⭘ Normal ⭘ Resultados desconocidos⭘ Anormal ⭘ Examen rechazado |
| MUJER: ¿Se ha realizado usted una mamografía? | Fecha del último examen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_⭘ Nunca  | ⭘ Normal ⭘ Resultados desconocidos⭘ Anormal ⭘ Examen rechazado  |
| HOMBRE: ¿Se ha realizado usted una prueba de PSA? (examen preventivo para el cáncer de próstata)  | Fecha del último análisis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_⭘ Nunca  | ⭘ Normal ⭘ Resultados desconocidos⭘ Anormal ⭘ Examen rechazado |
| ¿Le han aplicado la vacuna contra el virus de la influenza (gripe)?  | Fecha : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ⭘ Nunca  |
| ¿Le han aplicado otras vacunas?: ⭘ HPV (Gardisil) ⭘ Neumococo  ⭘ Tétanos ⭘ Vacuna Varicela  Zoster (herpes)  ⭘ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Fecha de la última:\_\_\_\_\_\_Fecha de la última:\_\_\_\_\_\_Fecha de la última \_\_\_\_\_\_Fecha de la última:\_\_\_\_\_\_Fecha de la última:\_\_\_\_\_\_ |   ⭘ Nunca   ⭘ Nunca   ⭘ Nunca  ⭘ Nunca  |

|  |
| --- |
| ¿Hay una oficina de doctor, centro de salud, u otro lugar en particular al que usted acude normalmente si usted está enfermo o si necesita consejo acerca de su salud? ⭘ Sí ⭘ NoSi no es así, ¿ha sido alguna vez paciente regular en un centro de salud u oficina de doctor? ⭘ Sí ⭘ No¿Cuándo (que año) fue usted visto por última vez como paciente en ese sitio? \_\_\_\_\_\_\_ ¿Último examen rutinario? \_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Dónde acudiría usted típicamente para obtener cuidado por un problema imprevisto de salud como por ejemplo sinusitis o un tobillo torcido complicado? Chequee SÓLO UNO.⭘ Clínica de salud ⭘ Mi doctor regular ⭘ Sala de emergencias ⭘ Oficina de cuidado urgente (por ejemplo; Centra Care) ⭘ No obtendría cuidados médicos ⭘ Otro (por favor describa): |
| ¿Dónde acudiría usted típicamente para ser revisado por enfermedades crónicas tales como diabetes, presión arterial alta, enfermedad cardiaca, asma u otra enfermedad crónica? Chequee SÓLO UNO. ⭘ No tengo una enfermedad crónica ⭘ Clínica de salud ⭘ Mi doctor regular ⭘ Sala de emergencias ⭘ Oficina de cuidado urgente (por ejemplo; Centra Care) ⭘ No obtendría cuidados médicos ⭘ Otro (por favor describa): |
| ¿Dónde acudiría usted típicamente para obtener revisiones, exámenes físicos, vacunas/inmunizaciones, u otro cuidado preventivo? Chequee SÓLO UNO. ⭘ Clínica de salud ⭘ Mi doctor regular ⭘ Sala de emergencias ⭘ Oficina de cuidado urgente (por ejemplo; Centra Care) ⭘ No obtendría cuidados médicos ⭘ Otro (por favor describa): |

**PREGUNTAS MÉDICAS ADICIONALES:**

1. ¿Presenta usted alguna condición médica resultado de un accidente? ○ Sí ○ No

Si es así, explique ¿cuándo y dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Presenta usted alguna condición resultado de una lesión en el trabajo? ○ Sí ○ No

Si es así, por favor explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Ha contratado usted los servicios de un abogado en relación a esta condición/lesión? ○ Sí ○ No

Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Actualmente está usted bajo el cuidado/supervisión de cualquier otro médico por cualquier aspecto de su cuidado médico?

○Sí ○No Si es así, ¿por qué condición recibe tratamiento? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Está participando en una investigación clínica? ○ Sí ○ No

Si es así, ¿cuál es el nombre del doctor y la condición que recibe tratamiento?: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Ha sido usted hospitalizado o tratado por dolor crónico? ○ Sí ○ No

Si es así, por favor nombre la condición, fechas, y el lugar donde fue tratado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6a. ¿Qué medicación ha tomado usted para su dolor crónico?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6b. ¿Es el tratamiento para su dolor crónico la razón primaria por la que usted está buscando los servicios de Grace Medical Home? ○ Sí ○ No

1. ¿Ha sido alguna vez hospitalizado o tratado por alguna enfermedad psiquiátrica, o trastorno de salud mental o emocional? ○Sí ○No

Si es así, por favor provea fecha, diagnóstico y lugar donde fue tratado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7a. ¿Qué medicamentos ha tomado usted para su enfermedad psiquiátrica, o trastorno de salud mental o emocional? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7b. ¿Es el tratamiento por enfermedad psiquiátrica, salud mental o emocional la razón **principal** por buscar los servicios de Grace Medical Home? ○ Sí ○ No

1. ¿Es usted elegible para o recibe beneficios públicos tales como Medicaid Share of Cost/Medically-Needy, o beneficios a través de la Administración de Veteranos de guerra? ○ Sí ○ No Si es así, ¿qué tipo de beneficios recibe usted? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Firma: Por mi firma yo certifico que, para el mejor de mis conocimientos, la información provista en este formulario de Elegibilidad y formulario del Estado de Salud del Adulto es verdadera y completa. Adicionalmente entiendo que si fallo en proveer información exacta esto puede resultar en destitución como paciente de Grace Medical Home.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Paciente Firma del Paciente Fecha |

|  |
| --- |
| Yo, por lo tanto doy consentimiento para la entrega de mi información demográfica (nombre, dirección, número de seguridad social, y fecha de nacimiento) a Florida Hospital y Orlando Health para el único propósito de determinar si un ahorro de costos ha sido obtenido a través de los cuidados de atención médica primaria ofrecidos por Grace Medical Home. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del Paciente Firma del Paciente Fecha |

***\*Traiga esta aplicación completada a Grace Medical Home o envíe por fax al 407-936-2792\****